

# ENCUESTA DE SATISFACCION GLOBAL

## PROCESOS PRIORITARIOS

**\*Obligatorio**

Diligenciar la siguiente encuesta.

1. FECHA: \*

---

*Ejemplo: 7 de enero de 2019*

2. Nombre : \*

---

3. Correo Electrónico: \*

---

4. Teléfono: \*

---

5. Servicio prestado: \*

*Marca solo un óvalo.*

- Consulta Cirugía plástica
- Consulta Metabólica
- Consulta Medicina Estética

6. 1. ¿ Como calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud, que ha recibido en la Clínica Colombiana de Obesidad y Metabolismo? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

7. 2.¿ Recomendaría a sus familiares y amigos esta Clínica? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Definitivamente si
- Probablemente si
- Definitivamente no
- Probablemente no

8. 3. ¿ La información recibida durante la asignación de su cita fue? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Excelente
- Buena
- Regular
- Deficiente

9. 4. ¿ El tiempo de espera para la atención de su cita de acuerdo a la hora asignada fue? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Puntual
- De 15 a 30 minutos
- Mas de 30 minutos

10. 5. ¿Cómo calificaría la atención del personal en: \*

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

|                    | Excelente                | Buena                    | Regular                  | Deficiente               |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Recepción</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Profesional</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. 6. ¿Para usted el aseo, la limpieza y comodidad de la atención son: \*

*Marca solo un óvalo.*

- Excelente
- Buena
- Regular
- Deficiente

12. 7. ¿Volvería usted a utilizar nuestros servicios? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No

13. 8. ¿Porque medio se entero de la Clínica Colombiana de Obesidad y Metabolismo? \*

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

Internet

referido

14. 9. ¿En qué tratamiento ó procedimiento se encuentra interesado? \*

---

---

---

---

---

15. 10. ¿Tiene alguna petición, sugerencia, queja o reclamo que nos permita mejorar nuestro servicio? \*

---

---

---

---

---

16. ¿Tiene alguna felicitación que mencionar su opinión es muy valiosa para nosotros ? \*

---

---

---

---

---

---

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios